

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF
Condurú, Picos/ PI

Yoslaide Fajardo Vega

Pelotas, 2015.

Yoslaide Fajardo Vega

**Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF
Condurú, Picos/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Janaine Sari

Pelotas, 2015.

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V422m Vega, Yoslaide Fajardo

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na
ESF Condurú, Picos/PI / Yoslaide Fajardo Vega; Janaine Sari,
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sari, Janaine, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família que adoro.

Agradecimentos

A minha orientadora por seus acertados conselhos.

Resumo

VEGA, Yoslaide Fajardo. **Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF Conduru, Picos, PI.** 2015. 72fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública em decorrência das suas complicações. Foi realizada uma intervenção aos usuários com hipertensão e diabetes no ESF Conduru, Picos, PI. A UBS de Conduru está situada na periferia da cidade de Picos e é vinculada ao SUS com dos locais de atendimento, um nas Pedrinhas com características adequadas, entretanto o outro local trata-se de um local adaptado no Conduru, atingindo uma população de 2008 habitantes. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção em saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência. Para alcançar esse objetivo foram traçadas metas relativas a melhorias no cadastro, na qualidade da atenção, na adesão aos usuários, na melhoria dos registros, na avaliação de risco e promoção de saúde. Como resultados, conseguimos aumentar a cobertura de atenção aos usuários, sendo que foram cadastrados 173 hipertensos (90,1%) e 36 diabéticos (100%). Quanto as metas relativas a melhoria da qualidade da atenção, 167 hipertensos (96.5%) e 36 diabéticos (100%) receberam o exame clínico apropriado. Quanto aos exames complementares, 161 (93,1%) hipertensos e 33 (91,7%) diabéticos concluíram a intervenção com os exames complementares em dia. Estão em uso de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA 157 hipertensos (91,3%) e 31 diabéticos (86,1%). A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada em 36 diabéticos (100%) e em 172 hipertensos (99,4%). Para melhorar a adesão dos usuários foi realizado busca ativa em 100% dos faltosos as consultas, por meio dos agentes de saúde. Todos os 173 hipertensos e os 36 diabéticos estão com o registro adequado nas fichas de acompanhamento, alcançando a meta de 100%. A equipe também realizou a estratificação de risco cardiovascular nos usuários, sendo realizada em 170 hipertensos (98.3%) e 36 diabéticos (100%). Referente ao objetivo de promoção de saúde, todos os usuários receberam orientações relacionadas com saúde bucal, tabagismo, prática regular de atividade física e orientação nutricional. A intervenção permitiu aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade dos atendimentos, atualizar e melhorar a qualificação técnica da equipe referentes a ação programática, melhorar a qualidade dos registros e maior intercâmbio com os gestores e a comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas.

Lista de Figuras

Figura 01	Gráfico de cobertura de atenção aos usuários hipertensos na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	45
Figura 02	Gráfico de cobertura de atenção aos usuários diabéticos na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	46
Figura 03	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	47
Figura 04	Gráfico de cobertura de usuários diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	47
Figura 05	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	48
Figura 06	Gráfico de cobertura de usuários diabéticos com exames complementários em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	49
Figura 07	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	49
Figura 08	Gráfico de cobertura de usuários diabéticos com medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	50
Figura 09	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com avaliação de necessidade de atenção odontológica na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	51
Figura 10	Gráfico de cobertura de usuários diabéticos com avaliação de necessidade de atenção odontológica na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	51
Figura 11	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	53
Figura 12	Gráfico de cobertura de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	54
Figura 13	Gráfico de cobertura de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.	54

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EaD	Ensino a distancia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI	Piauí
PMM	Programa Mais Médicos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	42
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	43
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	56
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências	64
Anexos	65

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi realizado na ESF Condurú, Picos, PI e teve por objetivo a melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Está organizado em capítulos que incluem a Análise Situacional, Análise Estratégica, Avaliação da Intervenção, Relatório da intervenção aos gestores, Relatório da intervenção para a comunidade e ao final uma análise crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

O Relatório da Análise Situacional demonstra as principais características encontradas na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalho. A Análise Estratégica aponta a justificativa desta intervenção dentro da UBS e no contexto atual da saúde dos hipertensos e diabéticos. Também contém os objetivos e metas, a metodologia e detalhamento das ações de acordo com os quatro eixos do curso (monitoramento e avaliação, gestão dos serviços, engajamento público, qualificação na prática clínica); os indicadores e a logística. O cronograma demonstra as principais ações que foram realizadas e assim chegamos aos resultados, mostrados no relatório de intervenção com a descrição das ações. Por fim, temos o relatório aos gestores e a comunidade e a reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Condurú está localizada na cidade de Picos, estado do Piauí. O local é compartilhado com duas Equipes de Saúde da Família (EqSF). Temos atendimento de segunda à sexta-feira, com planejamento de atividades dedicadas ao atendimento dos usuários limitados física ou mentalmente em visita domiciliar na segunda de manhã. Na segunda à tarde são feitos os atendimentos a demanda espontânea. Na terça de manhã o atendimento é aos usuários diabéticos e hipertensos devido à alta incidência dessas doenças em nossa população. Na terça à tarde é atendido a demanda espontânea. Quarta de manhã é o atendimento a gestantes e na tarde a puericultura. Nas sextas temos reunião da equipe e atendimento a demanda espontânea. As atividades de educação em saúde são realizadas na sala de espera, aproveitando o tempo que os usuários aguardam o atendimento.

No município de Picos contamos com o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospital geral, hospital regional e uma policlínica de atendimento especializado, com especialidades como otorrinolaringologia, neurologia, mastologia, ginecologia, reumatologia, cardiologia, ortopedia e cirurgia. Também funcionam serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e serviços de laboratório clínico e radiológico vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que constituem apoio ao trabalho da equipe.

Na área de abrangência temos um número importante de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e com aumento de novos diagnósticos a partir da pesquisa ativa. Também são frequentes as doenças respiratórias agudas e doenças da pele, além disso são usuários frequentes do serviço os usuários com

doenças mentais e usuários de medicamentos controlados. Esperamos que com a localização definitiva de equipe em um novo local, nosso trabalho seja ainda melhor e a população fique mais satisfeita com o serviço que fazemos no dia a dia.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Picos está localizado no estado do Piauí, na região nordeste do Brasil e é considerada a terceira cidade de importância do estado. Tem uma população de 79.294 habitantes, distribuídos nas áreas urbana e rural.

Quanto ao **sistema de saúde** existentes, Picos conta com 36 EqSF, sem unidades básicas tradicionais. Possui, vinculado ao SUS, uma policlínica que oferta atendimento especializado como de ortopedista, neurologista, cirurgia geral e reumatologia. Outras especialidades oferecem serviços nas clínicas particulares. No município atuam 06 NASF, que apoiam o trabalho dos ESF. Além disso, também existe a CLISAM, que oferece serviços das especialidades afins e temos 6 hospitais, um hospital regional e 5 particulares, que têm convênio com o SUS. Possuímos o hospital de dia que, junto com o CAPS, facilita o atendimento à saúde mental. O acesso a exames complementares é ofertado por meio de dois laboratórios próprios do SUS e outros 42 laboratórios particulares que possuem convênio com o SUS também. Os serviços avançados são oferecidos na capital do estado. Há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município, porém ainda não está em funcionamento.

A **Unidade Básica de Saúde** (UBS) de Condurú está situada na periferia da cidade de Picos e é vinculada ao SUS. É uma UBS com duas EqSF, sendo que a equipe que eu atuo é formada pelos seguintes profissionais, um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma dentista e uma Auxiliar em Saúde Bucal. Vinculados à equipe trabalham um nutricionista, um psicólogo, um fonoaudiólogo e um fisioterapeuta, que ofertam atendimento na própria UBS. Os atendimentos a emergências são apoiados pelo SAMU do município e a nossa unidade tem vínculos com instituições de ensino de enfermagem.

A **estrutura física** da unidade está de acordo com as necessidades de atendimento e com os serviços prestados pela equipe. O planejamento das atividades está de acordo com a capacidade da instalação em que realizamos as consultas. As atividades de promoção e prevenção são realizadas na sala de

espera, pois não temos sala de reuniões. Recentemente foi colocada em funcionamento a sala de vacinas. Não temos barreiras que limitem o acesso de pessoas com limitações físicas a UBS e quanto à movimentação dos usuários no interior dele.

As atividades são planejadas no final de cada semana, nas reuniões da equipe, quando é avaliado o cumprimento das atividades da semana, as propostas dos profissionais para o atendimento em domicílio, atividades com grupos específicos e as intercorrências da semana. Na nossa equipe cada um dos profissionais tem muito bem definidas as suas **atribuições** e também são avaliadas as dificuldades dos atendimentos. Além das consultas a grupos prioritários e a usuários com doenças crônicas, temos atendimento planejado para a demanda espontânea, sendo que cada profissional desempenha as ações próprias de sua formação. As urgências são atendidas por outra equipe que atua no momento na mesma unidade de saúde.

Quanto a **população adstrita**, a área de abrangência da nossa equipe compreende a população de Cundurú e parte da população das Pedrinhas. É localizada na periferia da cidade e possui 2008 habitantes, sendo que a estrutura da equipe é adequada para a composição da população. O sexo masculino predomina discretamente, com 1025 usuários do sexo masculino e 983 do sexo feminino.

Na equipe temos planejados turnos de atendimento para a **demanda espontânea** e o acolhimento desses usuários é realizado pela recepcionista e pela técnica de enfermagem. Todos os usuários da demanda espontânea são atendidos e, no caso de alguma eventualidade, são orientados adequadamente. A estabilidade e a formação de uma nova equipe de saúde diminuiriam o excesso da demanda espontânea, não sendo um problema em nossa área de abrangência.

Para os grupos prioritários, temos bem planejadas as atividades, por exemplo, a atenção às crianças começa mesmo na atenção pré-natal. Assim, todas as **crianças** são avaliadas nos primeiros dias de vida, com indicações para a realização dos exames especiais e a avaliação pelos integrantes da equipe de saúde. O momento das visitas é o cenário para a educação em saúde referente ao recém-nascido e a puérpera. As consultas são planejadas de acordo com os protocolos de atenção a criança do Ministério da Saúde. Os menores de um ano, geralmente não oferecem dificuldades com a puericultura, mas temos algumas

dificuldades na medida em que a idade aumenta, pois os acabam não comparecendo mais as consultas agendadas.

Segundo os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) a estimativa de crianças menores de 1 ano é de 30 pessoas. Segundo os dados da UBS a equipe tem acompanhado 18 crianças (60% de acordo com a estimativa) menores de 1 ano.

As **gestantes** são atendidas conforme o protocolo do estado, com um número de consultas adequadas segundo o risco. As consultas são planejadas no mesmo dia para o médico e enfermeiro, caso precise atendimento por algum dos dois ou de ambos profissionais. Todos os exames básicos necessários ficam disponíveis para as gestantes. O dia de atendimento a gestante é o momento para as atividades educativas do grupo, além de aproveitar os atendimentos para atividades individualizadas. As usuárias de risco são atendidas na CLISAM, que presta atendimento especializado para esse fim aqui em Picos. Ainda temos que continuar trabalhando nas captações precoces, pela importância para uma boa atenção pré-natal.

Segundo os dados do CAP a estimativa de gestantes residentes na área de abrangência é de 30 usuárias. Conforme os dados da UBS, temos acompanhadas e residentes 20 gestantes (66% de acordo com a estimativa). A estimativa de partos nos últimos 12 meses é de 30, sendo que o número de consultas de puerpério nos últimos 12 meses foi de 19 (63% da estimativa).

Em relação à prevenção de **câncer de colo de útero e das mamas** se realizam os exames citopatológicos para prevenção do câncer de colo de útero uma vez na semana, em um turno de trabalho e essa atividade não é programada. As coletas são feitas pela enfermeira, que realiza e descreve o exame ginecológico e das mamas no prontuário e no registro dos exames de citopatologia. Todos os resultados dos exames são avaliados pelo médico que acompanha e trata as usuárias, caso necessário. Também são indicadas as mamografias as mulheres de risco, mas não é planejado o controle, sendo essa uma deficiência do nosso serviço.

Segundo os dados do CAP a estimativa para o número de mulheres entre 25 e 64 anos na área de abrangência é de 487 usuárias. Já a estimativa para o número de mulheres entre 50 e 69 anos é de 151 usuárias. Em nossa UBS não possuímos dados de controle dessas usuárias para prevenção de Câncer de colo de útero e de mama, dessa forma, esses dados não puderam ser preenchidos no CAP.

Temos planejadas as consultas para usuários **com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)** dois dias na semana, em dois turnos, momento que aproveitamos para conversarmos na sala de espera, onde fizemos palestras para os usuários e seus familiares. É o local onde são tratados fundamentalmente os fatores de risco e medidas para um bom controle das doenças, como a atividade física e orientações nutricionais. Funciona também um grupo de capoterapia e se estimula outro tipo de atividade física, fundamentalmente caminhadas, por serem adequadas para uma boa parte da população.

Temos a dificuldade da existência de um sub-registro de usuários que possuem hipertensão arterial. Mas a pesquisa para detecção desses usuários está sendo efetuada com as medidas de pressão arterial a todos os usuários e com o trabalho dos ACS. A equipe de saúde trabalha na identificação dos fatores de risco para desenvolver HAS e/ ou DM, para um bom acompanhamento, tratamento e prevenção de complicações.

Segundo a estimativa do CAP, haveria na área de abrangência do nosso ESF 403 hipertensos com 20 anos ou mais e 115 diabéticos com 20 anos ou mais. Atualmente a equipe de saúde acompanha 141 hipertensos (35% da estimativa) e 34 diabéticos (30% da estimativa).

Como dificuldades para o trabalho em termos do HIPERDIA, temos que ainda completar o cadastro dos usuários. Esse é um processo dinâmico e estamos a ponto de culminar, pois é importante para ter uma visão adequada da magnitude dos problemas de saúde da população. Temos também como deficiência a demora dos resultados dos exames complementares. O restante das dificuldades estão sendo resolvidas na medida que as discussões dos questionários e protocolos de atendimento foram discutidos pela equipe. Temos uma equipe com profissionais com experiência de trabalho na atenção básica e com muito desejo de êxito na saúde da família. Além disso, temos a disponibilidade de recursos básicos para os atendimentos de qualidade.

Segundo as estimativas do CAP, teríamos na área de abrangência 214 pessoas com 60 anos ou mais. Entretanto, a equipe já tem cadastrados 259 **idosos**, na área do nosso ESF. Desses, 92 possuem HAS e 25 DM. Não temos dias planejados especificamente para o atendimento das pessoas idosas, mas temos atendimento prioritário para eles em todos os turnos de trabalho, procurando sempre uma relação respeitosa.

Também são visitados no domicílio os usuários mais idosos ou com limitações, quando é possível estabelecer relações com os familiares ou cuidadores. Todos os idosos recebem orientações nutricionais e sobre atividade física. Além disso, os grupos de hipertensos, diabéticos e de atividade física são aproveitados para o intercâmbio com as pessoas idosas.

Os atendimentos odontológicos acontecem de segunda a sexta-feira, com planejamento das consultas segundo as localidades. A relação das primeiras consultas programáticas e não programáticas é de 50% em pré-escolares, 100% em escolares, 9% em pacientes de 15 a 59 anos e 62% em gestantes.

Quanto ao processo de trabalho, ganhamos em qualidade no atendimento dos idosos, procurando atendimento conjunto da equipe, melhorando a qualidade das consultas, incluindo a avaliação multidimensional, avaliação odontológica, incrementando a capacitação dos profissionais e a procura da participação dos idosos nos grupos de trabalho para o incremento da educação para a saúde nesta idade.

Desde que iniciei as atividades referentes ao Programa Mais Médicos (PMM) no ESF Condurú tivemos alguns ganhos, como ter uma equipe que trabalha de forma organizada, que consegue visualizar as deficiências e atua nas consequências. Outro ponto positivo foi que com o cumprimento da carga horária, o atendimento de qualidade e a avaliação integral dos usuários conseguiram diminuir o excesso de demanda espontânea. Esse ganho na qualidade de atendimentos diminuiu os usuários hiper utilizadores do sistema de saúde. O uso do método clínico para o diagnóstico também diminuiu os exames complementares desnecessários. Também o vínculo direto com os gestores da saúde tem propiciado um melhor desenvolvimento das atividades de saúde. Apesar de todas as melhoras que já podem ser identificadas, ainda temos muitas coisas a serem repensadas e reestruturadas quanto a atenção às linhas de cuidado. Do ponto de vista da equipe, a linha de cuidado dos usuários crônicos, hipertensos e diabéticos, merece um destaque especial, visto as dificuldades que estamos enfrentando nesse sentido e a importância que o acompanhamento adequado desses usuários tem na qualidade de vida e prevenção de complicações oriundas dessas enfermidades.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após ter feito a análise situacional consigo perceber que a visão que possuo do meu local de trabalho é mais ampla, mais abrangente. Através dos questionários e preenchimento do CAP, pude perceber detalhes que anteriormente não tinha conhecimento. Por exemplo, me atualizei sobre a atenção às gestantes e, neste caso, pude conhecer detalhes de seu seguimento, frequência e qualidade das consultas. No caso da puericultura também temos outra visão das crianças, achando necessário um novo planejamento delas para recuperação dos usuários faltosos.

Por enquanto, a análise da estrutura da minha UBS ajudou para melhorar o fluxo dos usuários e para fazer um melhor acolhimento. Foram reestruturadas as salas de atendimentos de forma que são melhor aproveitados os espaços e se habilitou o local para vacinação. Ainda temos dificuldades na estrutura, como, por exemplo, não contarmos com sala para reuniões, por isso as palestras e atividades de educação em saúde são oferecidas na sala de espera.

A partir das discussões dos questionários com os integrantes da equipe também terminamos o mapeamento e o cadastramento das pessoas da área de abrangência, o que melhorou o conhecimento das doenças. Foi necessário reordenar os horários de atendimento, devido ao número de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e pessoas de alto risco. Nas consultas de demanda espontânea também acontecem mudanças já que, com o planejamento de consultas dos grupos de risco, diminui o número das consultas da demanda espontânea.

Outro ganho é que tive a possibilidade de conhecer as atribuições dos profissionais da equipe. Tenho uma visão mais sensível e ampla dos atendimentos do dentista, das ACS, do enfermeiro, conseguindo mais vínculo entre os integrantes da equipe de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública em decorrência das suas complicações (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Dentre essas complicações, as cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade entre os usuários. Um acompanhamento adequado que inclui determinar os fatores de risco e atuar neles diminui as possibilidades de complicações dessas enfermidades.

A área de abrangência do ESF Condurú está dividida em duas micro áreas, Pedrinhas e Condurú, com dois locais de atendimento nos diferentes dias da semana. A UBS de Pedrinhas é uma UBS com condições estruturais adequadas para o atendimento. Entretanto, a UBS de Condurú é um local adaptado, que conta com sala de espera, três locais para consulta e pátio, local que é aproveitado para atividades de educação em saúde. O acolhimento é feito pela técnica de enfermagem e o enfermeiro nos dois locais. A equipe conta com uma médica, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, três ACS e uma recepcionista para atender uma população de 2008 pessoas, de duas localidades da periferia da cidade de Picos.

Os hipertensos cadastrados até então são 141 pessoas, que representa 35% de cobertura, segundo dados do CAP. Já os diabéticos cadastrados são 34, representando 30% de cobertura pelo CAP. Depois da avaliação do funcionamento do programa, concluímos que temos dificuldades na atenção a essa linha de cuidado. A primeira dificuldade é que mesmo sendo duas doenças muito prevalentes no mundo todo, temos um sub-

registro delas em nossa população. O acompanhamento dos usuários pela equipe também é precário, sendo a melhor adesão ao programa com os usuários diabéticos. Nos hipertensos acontece o não comparecimento nas consultas programadas. Referente à qualidade de atenção, detectamos deficiências como a não realização de avaliação de risco, nem da avaliação nutricional em 100% dos usuários. Todos os usuários recebem, nos diferentes atendimentos dos profissionais da equipe, orientações nutricionais e de atividade física e, além disso, possuem acesso a avaliação odontológica. Neste momento temos marcados dois dias de atendimento a diabéticos e hipertensos, com conversas planejadas pela equipe acerca de aspectos relacionados com as doenças e a prevenção de complicações.

Todos os profissionais da equipe trabalharam no sentido de promover a sua preparação quanto às atribuições de cada um dos integrantes para o atendimento a diabéticos e hipertensos. O aumento da cobertura do programa é o principal objetivo do trabalho da intervenção, tendo como limitações, à acessibilidade de alguns usuários a consulta, por diferentes graus e o material de apoio para as atividades educativas, que é deficiente. Esperamos que o trabalho consiga melhorar a qualidade de atendimento, melhorar a adesão dos usuários ao programa, resultando em aumento da qualidade de vida e diminuição das complicações dessas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabétes da área de abrangência do ESF Condurú, Picos, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica;

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes mellitus.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo;

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo;

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento;

Meta 3.1: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

Meta 6.5: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

Meta 6.6: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

Meta 6.7: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

Meta 6.8: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Esse projeto de intervenção será realizado na área de abrangência do ESF Condurú, Picos, Piauí. Está estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas. O foco da intervenção será os usuários com hipertensão e/o diabéticos de 20 anos ou mais pertencentes a área de abrangência e os responsáveis pela intervenção será todos os profissionais de saúde pertencentes a este ESF.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Meta 1.2: Cadastrar 60%% dos usuários com Diabetes mellitus.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será realizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde por meio do exame semanal das fichas espelho

de cada usuário e através da digitação dos dados na planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, por meio do preenchimento de todos os dados nas fichas espelho, ter os prontuários atualizados e classificados de acordo com o diagnóstico. A ação de melhorar o acolhimento desses usuários será realizada por todos os profissionais da ESF, fazendo com que sejam bem assistidos na unidade de saúde. Está garantido material adequado para tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste (tais como esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica) pois já possuímos todos esses materiais em nossa UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Vamos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Essas ações serão realizadas com auxílio das lideranças comunitárias e por meio de palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será desenvolvida capacitação para os ACS sobre o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Isso será realizado na reunião semanal dos ACS e a equipe, sob responsabilidade da enfermeira e da médica.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos será monitorada por meio da ficha espelho de cada usuário que será o guia do profissional durante o atendimento. A médica e a enfermeira examinarão essas fichas semanalmente e digitarão os dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários durante as na reunião de equipe. Além disso, os profissionais serão capacitados de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e se estabelecerá em conjunto a periodicidade para atualização dos profissionais. Também será impresso a versão atualizada do protocolo para ficar disponível para todos os profissionais na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Isso será realizado durante as consultas clínicas pela médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Durante as reuniões de equipe será realizado a capacitação dos profissionais para a realização do exame clínico apropriado, através de uma palestra feita pela médica.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Através da ficha espelho de cada usuário será realizado o monitoramento do número de hipertensos e de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e com a periodicidade recomendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será garantida a solicitação dos exames complementares com o controle semanal das fichas espelho, assim ficará estabelecido o sistema de alerta para os exames complementares preconizados. O gestor municipal será convidado a participar de uma reunião de equipe para que possamos garantir com ele a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas clínicas e nas palestras realizadas, os usuários serão orientados quanto à necessidade e a periodicidade para a realização dos exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Na reunião de equipe será realizada capacitação para que os profissionais possam seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia para 100% dos hipertensos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia para 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O acesso aos medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia será monitorado por meio da ficha espelho de cada usuário e da planilha de coleta de dados pela médica e enfermeira da equipe, semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

A técnica de enfermagem irá realizar o controle de estoque (incluindo a validade) dos medicamentos por meio de uma lista, assim também será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas consultas clínicas os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter esse acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Durante as reuniões de equipe será programado uma atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes e para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia. Quem coordenará essa capacitação será a enfermeira, com auxílio da médica.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico também por meio da ficha espelho e da digitação dos dados na planilha de coleta de dados, semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Com auxílio da equipe de saúde bucal será organizada a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuários hipertensos e diabéticos, através do encaminhamento de todos os usuários cadastrados pela médica para a ESB. A agenda de saúde bucal já foi organizada com dias específicos para realizar a consulta odontológica e também o tratamento necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Em cada consulta médica a comunidade e os hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Com auxílio da ESB, todos os profissionais serão capacitados para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento;

Meta 3.1: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito por meio da comparação dos dados na digitação semanal na planilha de coleta de dados e o exame da agenda, assim sendo os usuários agendados que não se fizeram presentes na consulta marcada receberam a busca ativa devida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As visitas domiciliares, por meio dos ACS, serão o meio para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos. Também será organizada a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Será ouvida a comunidade, durante as atividades realizadas na sala de espera e também nas visitas domiciliares, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Também durante as atividades educativas a equipe irá esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância da realização das mesmas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Quanto à qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados durante as reuniões de equipe para orientarem os usuários quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos.

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde também será por meio das fichas espelho e da digitação na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão mantidas e atualizadas as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) por meio do trabalho da enfermeira. Já foi implantada a ficha de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, que foi a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização. Na reunião de equipe pactuaremos como será o registro das informações, que deverá ser feito por cada profissional (médico, enfermeira, técnica de enfermagem ou dentista) no momento do atendimento e também definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros. Além disso, organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação do comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença, que será por meio do exame semanal da planilha de coleta de dados e das fichas espelho.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas atividades educativas e nas consultas clínicas será orientado os usuários, bem como a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será capacitada a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas através das fichas espelhos.

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular.

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio do preenchimento da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Durante a intervenção os usuários avaliados como de alto risco terão o atendimento priorizado, e será organizado a agenda para o atendimento dessa demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão treinados para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Além disso, serão orientados da importância do registro desta avaliação e quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização da orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será monitorada por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, semanalmente, pela médica e enfermeira, que estarão devidamente capacitadas para isso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Em conjunto com a equipe e com auxílio da nutricionista será organizado práticas coletivas sobre alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas consultas clínicas os usuários e a comunidade em geral serão orientados sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão capacitados sobre diferentes metodologias de educação em saúde por meio de pesquisas sobre esse tema na internet e sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização da orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos será por meio do preenchimento da ficha espelho de cada usuário e a digitação desses dados na planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será organizado práticas coletivas para orientação de atividade física aos hipertensos e diabéticos e demandado ao gestor parcerias para essas atividades, contando com o apoio, dessa forma, do educador físico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas, os usuários em questão e a comunidade em geral serão orientados sobre a importância da realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Nas reuniões de equipe os profissionais serão capacitados sobre promoção da prática de atividade física regular e sobre diferentes metodologias de educação em saúde.

Meta 6.5: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da realização de orientações sobre riscos do tabagismo para os hipertensos e diabéticos será por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será conversado com o gestor para que se faça a compra da medicação para o abandono do tabagismo, explicando a importância do mesmo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Para os usuários fumantes hipertensos e diabéticos será orientado sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Na reunião de equipe os profissionais serão treinados para o tratamento de usuários tabagistas e também sobre diferentes metodologias de educação em saúde nesse sentido.

Meta 6.7: Garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8: Garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A realização de orientação aos hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal será monitorada por meio das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A equipe organizou o tempo médio das consultas odontológicas por meio do agendamento dos usuários para que pudesse garantir as orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Nas ações de promoção de saúde, bem como nas consultas individuais serão orientados os usuários e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA

Toda a equipe será capacitada, durante a reunião, para que sejam capazes de oferecer aos usuários orientações de higiene bucal, atividade que será planejada e executada pela equipe de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes Mellitus.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo;

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo;

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos;

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes, vamos adotar os protocolos para atenção a Diabetes e Hipertensão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006). Utilizaremos as fichas espelho disponibilizadas pelo curso (anexo C). A médica e o enfermeiro vão complementar essa ficha para que ela permita a coleta de dados e indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. A secretaria de saúde irá realizar a impressão das fichas complementares necessárias para o acompanhamento e monitoramento dos usuários.

Para organizar o registro específico do programa o enfermeiro revisará o livro registro para identificar os diabéticos e hipertensos que assistiram a consulta nos últimos três meses. Localizará os prontuários e transcreverá para as fichas espelho as informações disponíveis. Assim anotará as consultas em atraso, exames em atraso e a avaliação de risco de doença cardiovascular.

Para cumprir com as metas e objetivos preconizados para a intervenção pretendemos realizar diversas ações que já foram explicitadas anteriormente. O modo como vamos realizar essas ações, na realidade do nosso ESF é o que vamos descrever abaixo. Decidimos descrever a logística das ações por eixos do curso para um melhor entendimento.

EIXO DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A grande maioria das ações referentes ao eixo de qualificação da prática clínica será por meio de capacitações. As ações de capacitação das ACS vão ser realizadas na primeira semana, no horário da reunião da equipe. Os temas para a capacitação de todos os integrantes da equipe serão apresentados em 8 horas. Os responsáveis pela capacitação são a médica e o enfermeiro da equipe. O cenário para a capacitação vai ser a própria UBS. Utilizaremos materiais como canetas, papel, computador, esfigmomanômetro, estetoscópio, escala de Framingham e glicosímetro.

EIXO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As ações referentes ao monitoramento das ações ser feita pelos ACS, o enfermeiro e a médica, por meio do preenchimento dos dados nas fichas espelho e através do exame dessas fichas e preenchimento dos dados na

planilha de coleta de dados. A equipe de saúde bucal vai monitorar os usuários que necessitam de atendimento odontológico e a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Para se ter o controle desse monitoramento, serão necessárias as fichas espelho em quantidade suficiente, computador para a digitação da planilha de coleta de dados, lápis, caneta e borracha.

EIXO DE ENGAJAMENTO PÚBLICO

As ações de engajamento público serão realizadas por todos os profissionais da equipe, uma vez realizada a capacitação, todos poderão orientar a comunidade, usuários e familiares durante as consultas, nas visitas domiciliares ou nas atividades preventivas sobre os diversos temas relacionados ao engajamento. Os temas serão abordados de maneira geral na sala de espera, antes do início da consulta, pelos profissionais da equipe. As orientações também serão dadas nos atendimentos individuais, em cada consulta dos profissionais.

EIXO DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

No eixo de organização e gestão dos serviços, as consultas de hipertensos e diabéticos serão realizadas no mesmo dia pela médica e o enfermeiro, com a participação das técnicas de enfermagem que medirão a pressão arterial, peso, altura e perímetro abdominal. As consultas serão realizadas com exame físico completo que incluía sensibilidade, pulsos, avaliação nutricional, exame dos pés e exame bucal. Dessa forma, já foi definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, pois se trata de uma rotina no ESF. Pretendemos também, na reunião de equipe, organizar as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos e estabelecer a periodicidade dessas atualizações. A enfermeira estará disponibilizando a todos uma cópia impressa dos protocolos para ficar à disposição no ESF. Para tal será necessário folhas, computador e impressora.

A realização de estratificação de risco faz parte dos atendimentos existentes, dessa forma vamos fazer uma lista dos usuários que são de alto risco para que sejam priorizados por toda a equipe no momento das consultas e a recepcionista organizará a agenda para que isso possa acontecer. A solicitação de exames de acordo com o protocolo em 100 % dos atendidos faz parte das ações programadas pela equipe, assim sendo já se cumpre

rotineiramente a ação de garantir a solicitação dos exames complementares. O que faremos é nos reuniremo com o gestor para garantir a agilidade na realização desses exames e aproveitaremos a oportunidade para solicitar apoio da nutricionista e educador físico para o desempenho das atividades de promoção de saúde e também a compra das medicações usadas para controle do tabagismo.

Os usuários com necessidade de atendimento de saúde bucal serão organizados pela equipe de saúde bucal, bem como a agenda para conseguir suprir essa demanda.

As ACS serão as responsáveis pelas visitas domiciliares para a busca dos usuários faltosos e a recepcionista terá a responsabilidade de organizar a agenda para que esses usuários possam ser assistidos. O enfermeiro fará o controle do estoque dos medicamentos e a validade deles, bem como irá manter um registro dos medicamentos dos usuários cadastrados no programa. Para tal, será confeccionada uma planilha. Também o enfermeiro será o responsável de manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o responsável pelo monitoramento dos registros e criar um sistema de alerta nos registros que viabilize atrasos nos exames complementares, nas consultas, na não estratificação de risco e não avaliação dos órgãos alvo e o estado de compensação das doenças. Isso será feito por meio do exame mensal de todas as fichas clínicas e de acompanhamento dos usuários, o que também irá garantir o registro dos hipertensos e diabéticos no programa. O nutricionista do NASF, atualmente avalia os usuários referidos por alterações nutricionais vamos manter esta parceria, o que será uma das práticas coletivas sobre alimentação saudável. Por último temos planejado demandar a participação de educador físico no projeto, para que ele seja responsável pelas orientações de atividade física. Toda a equipe será responsável por melhorar o acolhimento dos diabéticos e hipertensos, facilitando a chegada deles à unidade, os recebendo bem e sendo resolutivos quando demandam da nossa atenção. Ação que será pactuada e treinada por todos na reunião de equipe.

Nas reuniões semanais será avaliado o cumprimento das atividades planejadas, usuários faltosos, reprogramação de consultas, qualidade e atualização dos registros, disponibilidade de meios para os atendimentos, como a garantia de material adequado para a tomada da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste, e qualquer outra intercorrência que dificulte o desenvolvimento adequado do programa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção direcionada aos usuários com hipertensão e diabétes na ESF Condurú, em Picos, PI, foi realizada com entusiasmo e participação de todos os membros da equipe, além do apoio da comunidade e da gestão. A grande maioria das ações planejadas puderam ser executadas, o que garantiu o alcance da maioria das metas e objetivos.

As ações planejadas para o eixo de qualificação da prática clínica foram todas realizadas. Dessa forma, as atividades de capacitação para os integrantes da equipe foram cumpridas, desde a capacitação dos ACS para o correto cadastramento, até a preparação da equipe para a correta medida da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste e o preenchimento correto de todos os registros referentes as doenças avaliadas. Também constituíram temas de capacitação a avaliação de necessidade de atendimento odontológico e orientações de uma correta higiene bucal, avaliação de risco cardiovascular, importância e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como a pratica de atividade física regular, alimentação saudável, tabagismo. Todas as atividades planejadas para a capacitação foram realizadas segundo o cronograma.

No eixo do engajamento público, foram oferecidas a comunidade orientações referentes a existência do programa de atendimento a diabéticos e hipertensos, as possibilidades de acompanhamento e seus direitos. Também foi oferecido temas de conversa e debates entre usuários, familiares e a população em geral sobre a importância da medida da pressão arterial pelo menos uma vez ao ano em adultos, importância da realização de hemoglicoteste, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Nos atendimentos clínicos, de maneira individualizada, também foi reforçado os temas do adequado acompanhamento,

frequência das consultas e realização de exames, risco de desenvolver complicações decorrentes da diabetes e a hipertensão, hábitos de higiene saudáveis e prática de atividade física. Todos os temas necessários para orientação adequada dos hipertensos e diabéticos foram tratados e continuamos fazendo essas orientações nos atendimentos clínicos.

No eixo de organização e gestão do serviço, todas as atividades planejadas também foram alcançadas. Começamos pela capacitação de toda a equipe, garantindo os materiais e meios necessários para um atendimento de qualidade. No início foi uma grande dificuldade a demora na realização dos exames, mas agora já temos essa questão solucionada. Também foi uma dificuldade no início a não realização de alguns dos exames preconizados, como o eletrocardiograma, mas neste momento todos os exames estão sendo disponibilizados pela gestão. Quanto as medicações, realizamos um registro único que contém todos os dados dos hipertensos e diabéticos, desde os gerais até os medicamentos e a dosagem deles para garantir sua disponibilidade no posto de saúde para o controle das doenças. De forma geral, temos disponibilidade de medicamentos com alguma falta ocasional. Durante o desenvolvimento do projeto aconteceu uma dificuldade com o atendimento odontológico da população em geral, mas já foi resolvido e pactuado com a ESB prioridade para os hipertensos e diabéticos nos dias de HIPERDIA. Com o andamento das atividades, as consultas passaram a ser organizadas com a participação da equipe toda, com cada um de seus integrantes cumprindo com suas atribuições, e com a parceria de outros profissionais, como a nutricionista que apoia na realização de atividades afins.

No eixo de monitoramento e avaliação dos registros, foram definidos os responsáveis de sua realização e a frequência, agora temos o total de 192 hipertensos e 36 diabéticos pertencentes a área de abrangência, números que são diferentes do início do curso de especialização, pois quando realizamos a análise situacional não tínhamos conhecimento do total de usuários com HAS e DM na nossa área. Comparando os dados reais do ESF Condurú com a estimativa do CAP, podemos perceber que há bastante diferença entre a nossa população e a estimativa, sendo que a estimativa do CAP superestimou o total de hipertensos e diabéticos da área. Entretanto, os ACS realizaram o cadastro de todos os usuários e hoje temos certeza da população de hipertensos e diabéticos existente.

Após a intervenção, a qualidade dos registros é tema de avaliação contínua. Os usuários definidos como de alto risco têm prioridade nos atendimentos, assim como os faltosos, através dos sistemas de alerta estabelecidos, em que são informados os ACS sobre as faltas e os mesmos realizam a busca ativa. Os usuários cada vez mais se sensibilizam com a importância da prática regular de atividade física e praticam alguma que outra modalidade dependendo das possibilidades. A intervenção constituiu um estímulo para o trabalho da equipe que continua desenvolvendo as atividades na rotina de trabalho diária, avaliando os ganhos e deficiências e procurando que o atendimento para este grupo populacional seja de mais qualidade. Além disso, as ações realizadas foram tomadas como ponto de referência para a organização do trabalho em outros programas prioritários da atenção básica.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Tivemos algumas dificuldades no desenvolvimento do projeto referentes ao fato de não termos conseguido a vinculação do educador físico ao trabalho da equipe. Também tivemos algumas dificuldades temporais referentes a atenção odontológica, que por dificuldades estruturais acabou prejudicando o alcance das metas referentes a primeira consulta odontológica.

Outro problema enfrentado foi a demora dos exames complementares devido à alta demanda e as dificuldades com acessibilidade para alguns usuários.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O desenvolvimento da coleta de dados e o preenchimento dos registros sempre foi feito em tempo e com facilidade. Para o registro dos dados quantitativos foram utilizadas as fichas espelhos e as planilhas de coleta de dados. No início da intervenção teve um pouco de demora com as fichas espelhos, mas foram preenchidas para cada usuário, junto com seus prontuários e serviram como guia para que nenhuma ação fosse esquecida pelos profissionais. As planilhas de coleta de dados foram preenchidas semanalmente, pela médica e pela enfermeira e foram essenciais para o cálculo dos indicadores da intervenção.

Para a coleta de dados qualitativos foi utilizado os diários de intervenção, que eram feitos semanalmente e continham dados pessoais, impressões, depoimentos, pontos positivos e dificuldades enfrentadas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Os atendimentos para hipertensos e diabéticos faz parte da rotina da equipe de trabalho. Agora, depois da intervenção, temos uma equipe melhor preparada e atualizada para esta ação programática, com melhor domínio dos registros e as condições indispensáveis criadas para trabalhar com mais organização. As dificuldades apresentadas no decorrer da intervenção propiciaram procurar soluções que ajudaram a melhorar os atendimentos, o que foi muito positivo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo geral a melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, com idade igual ou superior a 20 anos residentes na área de abrangência e acompanhados na ESF Condurú, Picos, PI. A intervenção estava programada para acontecer em 4 meses (16 semanas), entretanto, por motivos inerentes ao curso de especialização relacionados ao atraso nas férias dos médicos estrangeiros, foi reprogramado para que acontecesse em 3 meses (12 semanas).

A população total pertencente à UBS Condurú é de 2008 pessoas, sendo que a estimativa da população com 20 anos ou mais é de 1279 (63,6%). A estimativa de pessoas com HAS, segundo o CAP é de 403 pessoas. Já a estimativa de diabéticos é de 115 pessoas. Os dados existentes em nossa UBS quanto ao número total de hipertensos e diabéticos fogem bastante da estimativa. Em nossa área de abrangência há 192 hipertensos e 36 diabéticos. Antes da intervenção não tínhamos o conhecimento do número total de hipertensos e diabéticos, entretanto, graças ao trabalho árduo dos ACS conseguimos obter esses dados e programar adequadamente as ações que foram realizadas e hoje temos a certeza do número total de usuários com HAS e DM na nossa área.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da ação programática

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Quanto à cobertura dos hipertensos, no primeiro mês foram cadastradas 68 pessoas (35,4%), no segundo mês foram 131 (68,2%) e no terceiro mês 173 (90,1%) dos hipertensos foram cadastrados, superando a meta inicial pactuada. A figura 01 demonstra esses dados.

Esses indicadores são de extrema importância para o serviço, pois demonstra que a equipe pode conhecer com a intervenção a maioria dos hipertensos residentes na área de abrangência, algo que não acontecia anteriormente. Com o conhecimento dessa população fica mais fácil organizar e planejar os serviços e ações destinados a essa população alvo.

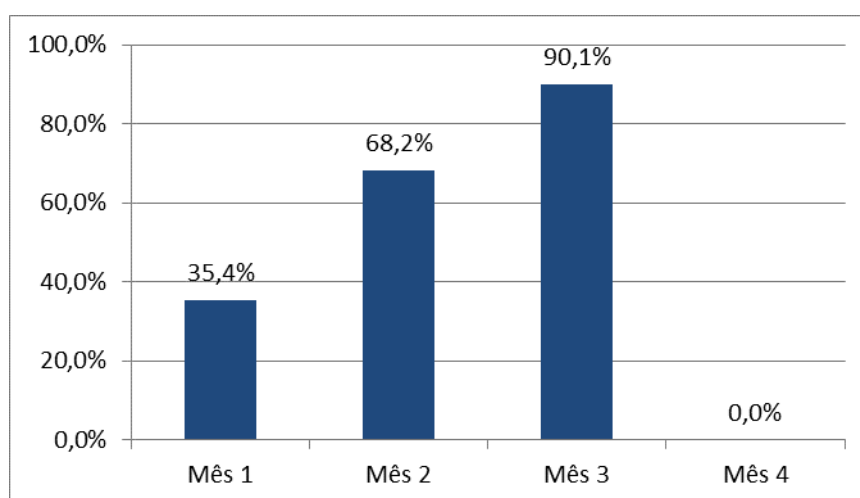


Figura 01 – Cobertura de atenção aos usuários hipertensos na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No caso dos diabéticos, no primeiro mês 17 pessoas foram cadastradas (47,2%), no segundo mês foram 34 (94,4%) e no terceiro mês alcançamos 36 (100%) dos diabéticos da área de abrangência, cadastrando os 36 usuários. Esses dados estão demonstrados na figura 02.

Esses indicadores foram alcançados com a colaboração de toda a equipe e com as estratégias que surgiram ao longo de desenvolvimento do projeto, destacando-se aqui o labor das ACS, que foram essenciais para o cadastramento desses usuários.

Ter o conhecimento de 100% dos diabéticos auxilia muito no controle e acompanhamento dessa enfermidade na unidade de saúde, pois assim temos condições de planejar toda a atenção a esses usuários.

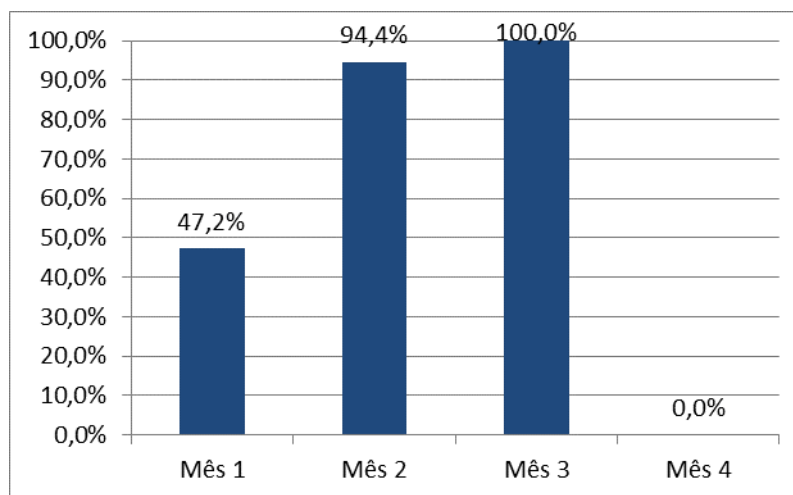


Figura 02 – Cobertura de atenção aos usuários diabéticos na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 68 hipertensos, desses 63 (92,6%) estavam com exame clínico em dia. Já no segundo mês 122 pessoas (93,1%) dos 131 cadastrados tiveram exame clínico adequado em dia. No final do terceiro mês 167 pessoas (96,5%) dos 173 hipertensos cadastrados, tiveram exame clínico em dia. A meta de 100% não foi atingida devido ao fato que temos usuários com complicações das doenças, internamentos e outros fatores que interferem no desenvolvimento da ação. A figura 03 ilustra esses dados.

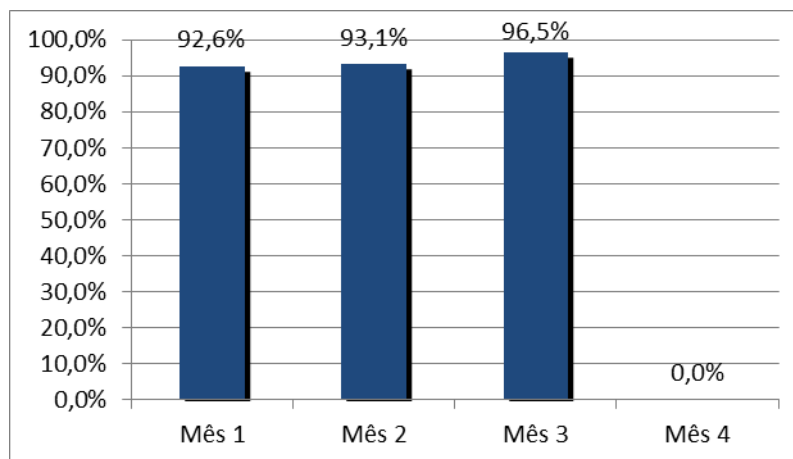


Figura 03 – Cobertura de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

A atenção ao usuário diabético foi mais satisfatória, no primeiro mês foram atendidos 17 diabéticos, deles 15 (88,2%) com exame clínico adequado no segundo mês foram 30 usuários (88,2%). Ao final do terceiro mês conseguimos que os 100% dos usuários diabéticos estivessem com exame clínico em dia de acordo com o protocolo como se observa na figura 04.

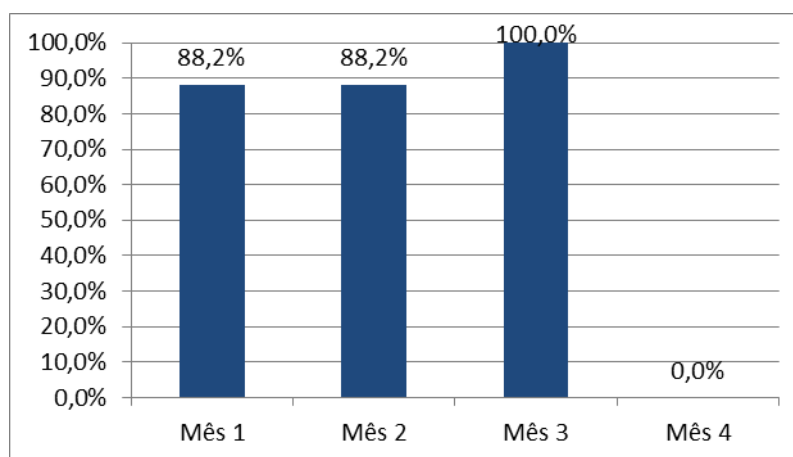


Figura 04 – Cobertura de usuários diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção dos 68 usuários hipertensos atendidos 58 (85,3%) tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês, de 131 hipertensos 116 (88,5%) tinham os exames em dia e no final do terceiro mês 161 (93,1%) hipertensos. Influenciaram nos resultados as complicações, internações, as dificuldades de locomoção e traslado de alguns e a demora na realização dos exames. A figura 05 demonstra esses resultados.

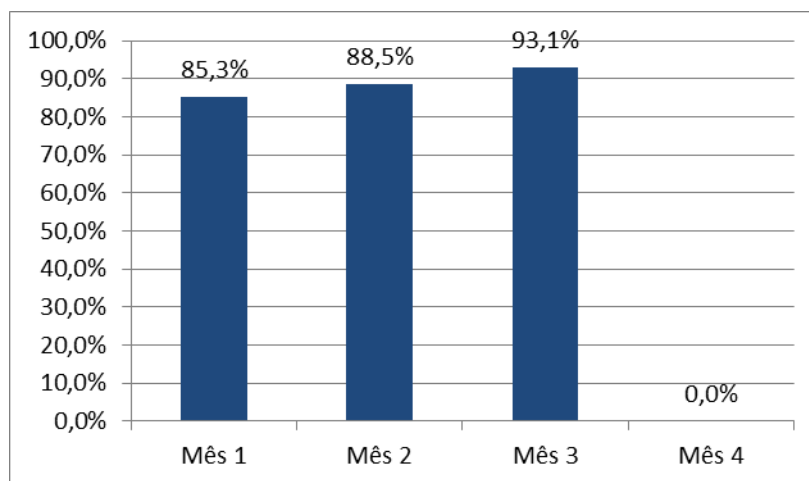


Figura 05 – Cobertura de usuários hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 14 usuários diabéticos (82,4%) tiveram os exames complementares em dia. No segundo mês foram 29 diabéticos (85,3%) e no terceiro mês, 33 diabéticos (91,7%). Influenciou neste resultado a demora na realização dos exames, as dificuldades de locomoção e traslado de alguns dos usuários para a realização dos exames. A figura 06 ilustra esses dados.

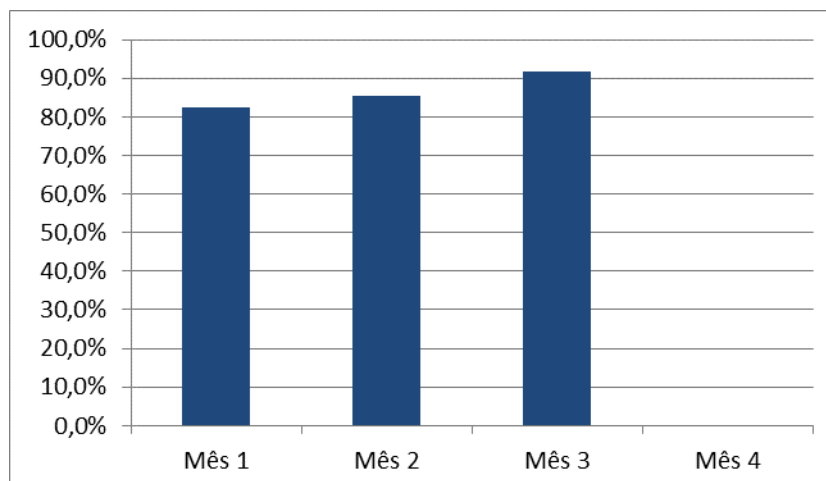


Figura 06 – Cobertura de usuários diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A proporção de hipertensos com medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizados foram 51(75%) no primeiro mês; 107 (81,7%) no segundo mês 157 (91,3%) no final da intervenção, segundo demonstra a figura 07. Em nossa área de abrangência temos usuários com complicações importantes, que usam outros medicamentos. Além disso, há usuários que preferem não usar esses medicamentos apesar das orientações dos profissionais. Assim sendo, esses foram os motivos para o não alcance da meta de 100%.

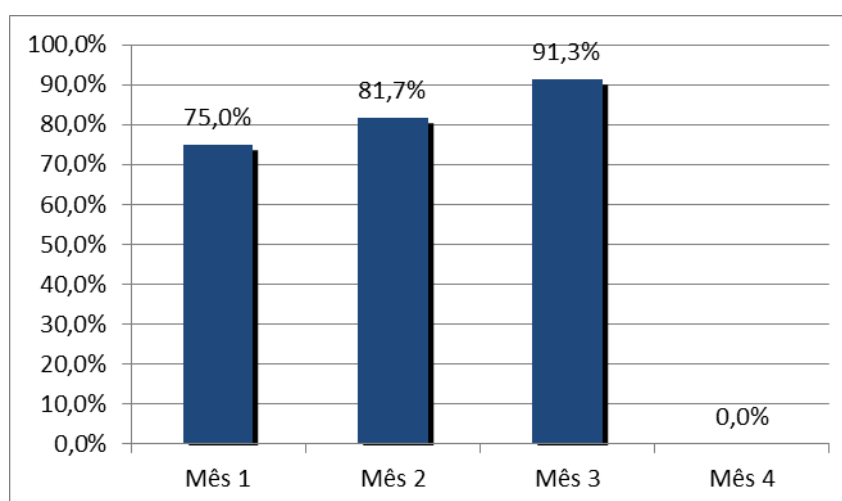


Figura 07 – Cobertura de usuários hipertensos com medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês 12 diabéticos (70.6%) tiveram medicamentos da farmácia popular/ HIPERDIA priorizada. No segundo mês foram 24(70.6%), aumentando para 31 (86,1%) no terceiro mês, conforme ilustra a figura 08. As causas para não alcançarmos essa meta foram as mesmas que os hipertensos.

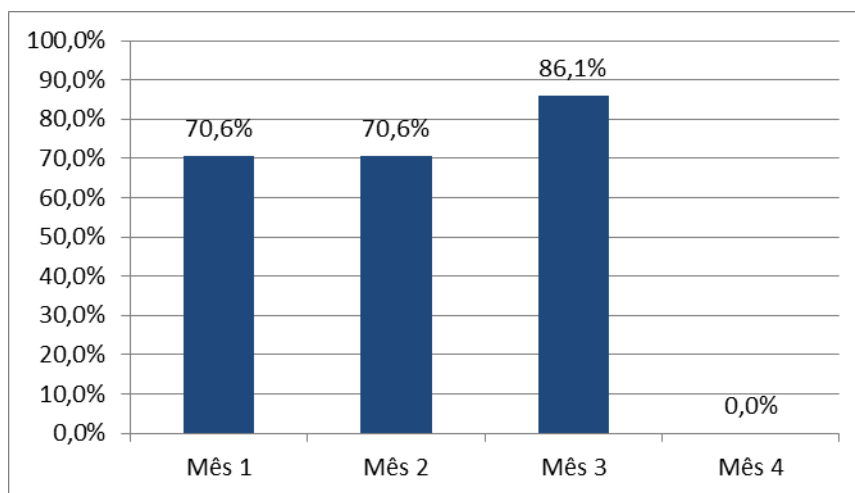


Figura 08 – Cobertura de usuários diabéticos com medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos foi alcançada com bons resultados, pois com o andamento das atividades pudemos contar com a cooperação da equipe de odontologia, superando as dificuldades iniciais. No primeiro mês todos os hipertensos receberam a avaliação odontológica. No segundo mês 130 foram avaliados (99.2%) e no terceiro mês 172 (99.4 %) usuários avaliados, como se observa na figura 09.

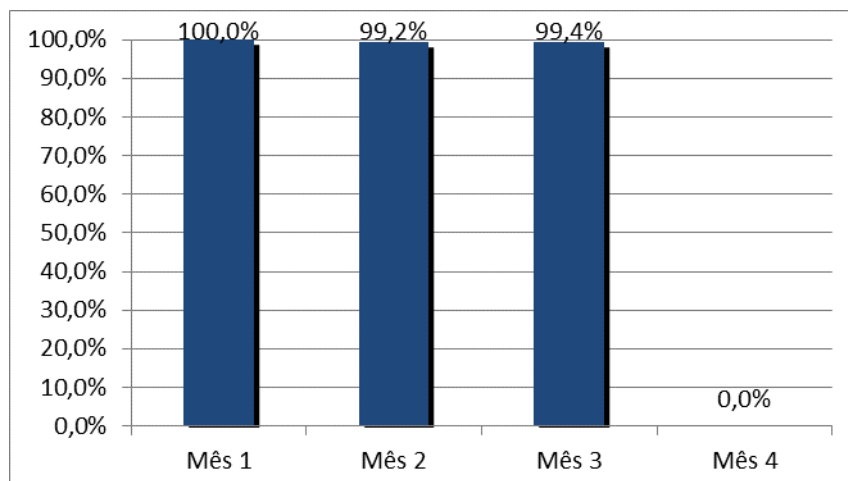


Figura 09 – Cobertura de usuários hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro e terceiro mês todos os usuários diabéticos receberam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês 32 diabéticos foram avaliados, alcançando o percentual de 94,1%, conforme a figura 10.

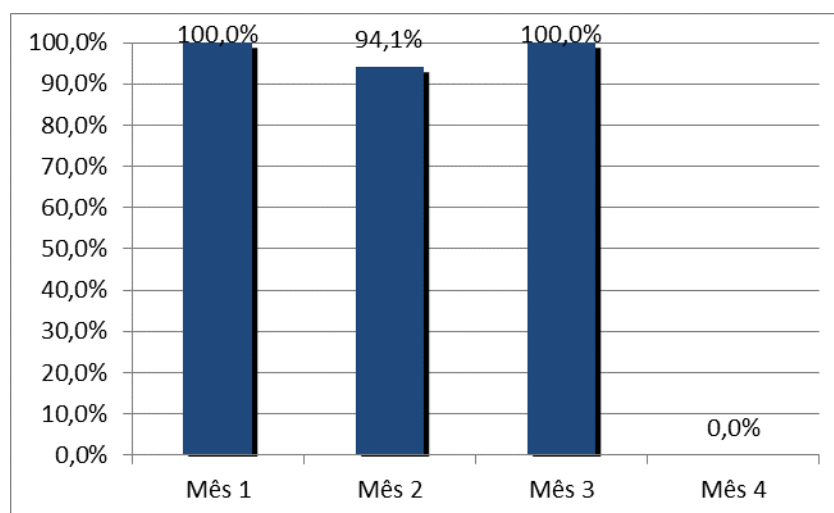


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante os 3 meses da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos receberam a busca ativa pelos ACS, alcançando a meta de 100% pactuada. Quanto aos hipertensos, no primeiro mês 16 usuários estiveram faltosos. No segundo mês foram 68 e no terceiro mês 92 faltosos. Um número bem expressivo, mas que foi buscado e acompanhado.

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês 4 usuários faltaram as consultas. No segundo foram 14 e no terceiro 19, todos buscados pelos ACS. Para atingir este 100% dos faltosos com busca ativa, as ACS desenvolveram um importante papel e se planejaram nas visitas domiciliares para usuários com limitações para o acesso às consultas.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro dos hipertensos e diabéticos

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês tivemos 67 usuários (98,5%) com registro adequado, no segundo mês foram 130 (99,2%) e no terceiro mês foram 173, alcançando a meta de 100%, conforme ilustra a figura 11.

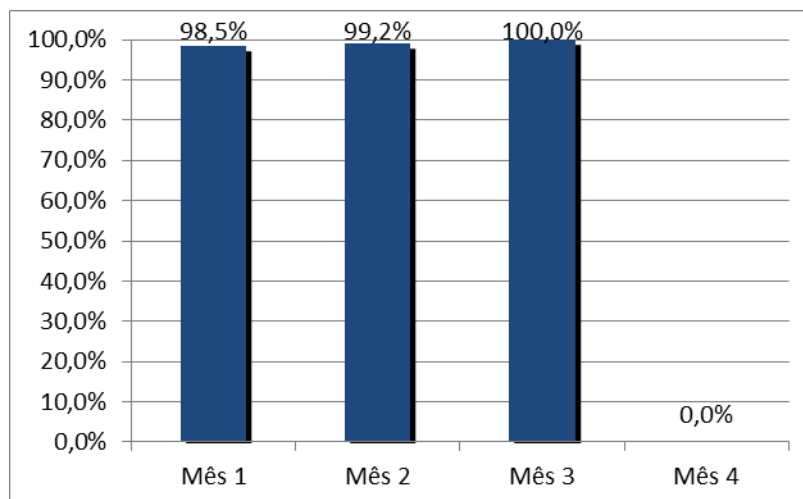


Figura 11 – Cobertura de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para os usuários diabéticos foi alcançada a meta pactuada de 100% em todos os meses da intervenção. Assim sendo, no primeiro mês os 67 hipertensos e os 17 diabéticos tiveram o registro adequado. No segundo mês foram 130 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 173 hipertensos e 36 diabéticos.

Essa meta é de extrema importância, pois os registros adequadamente preenchidos e armazenados são fundamentais para o monitoramento e planejamento das ações futuras.

Resultados referentes ao objetivo de realizar avaliação de risco nos hipertensos e diabéticos

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Os usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram 60 (88,2%) no primeiro mês, aumentando para 123(93,9%) no segundo e finalizando com 170 (98,3%), como demonstra a figura 12.

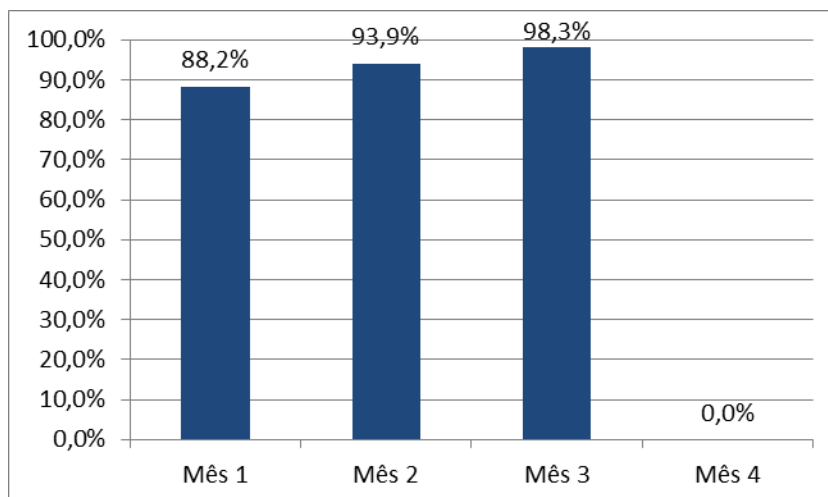


Figura 12 – Cobertura de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês 16 diabéticos (94,1%) receberam a estratificação do risco cardiovascular. No segundo mês foram 32 usuários (94,1%) e no terceiro mês foi alcançada a meta de 100%, conforme ilustra a figura 13.

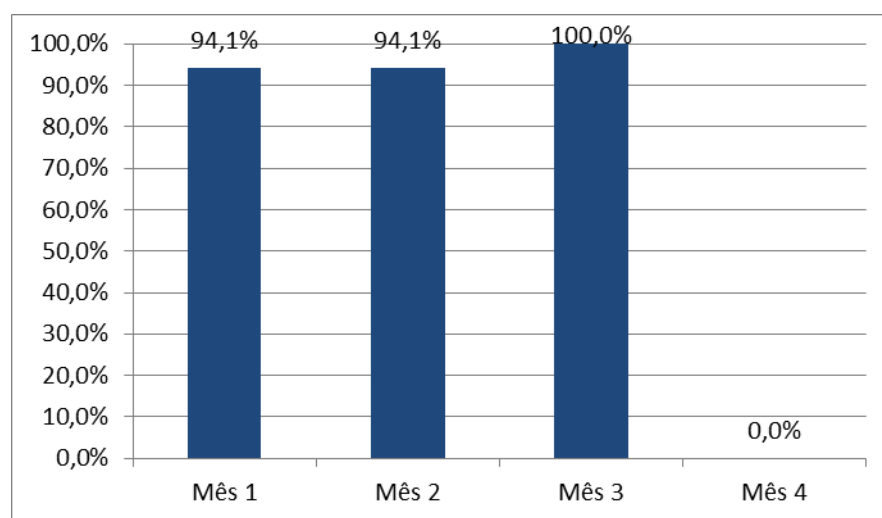


Figura 13 – Cobertura de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Condurú, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde dos hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante os 3 meses da intervenção, todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção receberam orientação sobre alimentação saudável por meio das consultas clínicas e em atividades educativas de cunho coletivo realizadas na sala de espera e espaços comunitários. Assim sendo, foi alcançada a meta pactuada de 100% durante toda a intervenção. Com isso, no primeiro mês os 68 hipertensos e os 17 diabéticos receberam a orientação nutricional. No segundo mês foram 131 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 173 hipertensos e 36 diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção, todos os usuários (100%) receberam orientações sobre a prática regular de atividade física. Assim, no primeiro mês os 68 hipertensos e os 17 diabéticos receberam a orientação da prática de atividade física. No segundo mês foram 131 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 173 hipertensos e 36 diabéticos.

Essas orientações foram realizadas nas consultas clínicas e também nas atividades coletivas. Infelizmente não foi possível contar com o apoio do educar

físico nessas atividades, mas mesmo assim os demais profissionais de saúde realizaram essas ações.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários da intervenção (100%) foram orientados em relação aos malefícios do tabagismo, alcançando a meta pactuada. Dessa forma, no primeiro mês os 68 hipertensos e os 17 diabéticos receberam a orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês foram 131 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 173 hipertensos e 36 diabéticos.

Essas orientações aconteceram nas consultas médicas e odontológicas e também nas atividades coletivas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Através do engajamento da equipe de saúde bucal, todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam as orientações sobre higiene bucal. Essas foram fornecidas aos usuários nas consultas e também em atividades coletivas na sala de espera.

No primeiro mês os 68 hipertensos e os 17 diabéticos receberam a orientação de saúde bucal. No segundo mês foram 131 hipertensos e 34 diabéticos e no terceiro mês 173 hipertensos e 36 diabéticos.

4.2 Discussão

A intervenção permitiu ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade dos atendimentos, atualizar e melhorar a qualificação técnica dos profissionais da equipe referentes a ação programática, melhorar a qualidade

dos registros e promover um maior intercâmbio da equipe com a gestão e a comunidade.

Com o desenvolvimento da intervenção aumentamos a qualificação técnica dos profissionais, começando por reforçar as atribuições dos integrantes para a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos segundo protocolo. Também melhoramos o cadastramento desses usuários e agora temos o pleno conhecimento do número total de hipertensos e diabéticos, trabalho muito bem realizado por meio dos ACS e que permitiu planejar as consultas e procurar estratégias para os atendimentos. Com a intervenção melhoramos o domínio dos dados da UBS, melhorando também a organização e fidelidade dos registros. Agora temos uma equipe mais integrada e organizada com a participação de outros profissionais que apoiam as ações.

Quanto a melhorias proporcionadas para o serviço, antes da intervenção a atenção ao usuário hipertenso e diabético era baseada na consulta de HIPERDIA, realizada pela médica e o enfermeiro, e a entrega de medicamentos realizada pelas técnicas. Depois da intervenção a linha de cuidado teve suas ações ampliadas, faz parte da rotina de trabalho do ESF, temos um maior número de profissionais participando das atividades referentes a ação programática, que estão capacitados e com conhecimentos suficientes para trabalhar na educação para a saúde. Assim sendo, o cumprimento das atribuições dos integrantes da equipe permitiu planejar e agendar as consultas com prioridade a usuários de alto risco, manter a fluidez das consultas sem descuidar da qualidade dos atendimentos. Agora temos uma equipe mais unida e motivada.

A comunidade também foi diretamente favorecida com a intervenção. As atividades referentes ao eixo de qualificação da prática clínica permitiram que a equipe aumentasse seus conhecimentos sobre as doenças em questão, o que reflete em melhorias no cuidado com os usuários e a própria comunidade, que ganha muito com isso. Além disso, os demais membros da comunidade, que não participaram diretamente da intervenção, puderam participar das atividades educativas a nível coletivo, o que gerou satisfação para todos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido com a equipe as atividades que vinha desenvolvendo, com a articulação com a comunidade para explicar os critérios da priorização da atenção e discutir a maneira de implementar isso. Agora, no final da intervenção, percebo que

a equipe está mais integrada, porém, como integramos as ações na rotina do serviço, teremos condições para superar quaisquer dificuldades que possam ser encontradas. Para isso vamos a ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de atenção a hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco. Tomando este projeto como referência vamos implementar outros programas priorizados pelo Ministério da Saúde na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Secretário Municipal de Saúde:

A intervenção para melhoria de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da ESF de Condurú, em Picos, Piauí, estava planejada para ser realizada em 16 semanas, entretanto, por motivos inerentes ao curso de especialização foi realizada em 12 semanas.

A população alvo para este trabalho foram os usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e, para isso, foram planejadas e executadas diversas ações e atividades. O projeto e seus objetivos foram apresentados e discutidos e desde o início do curso de especialização e contamos com o apoio da gestão propiciando os materiais necessários como as fichas espelho e instrumentos para as mensurações calibrados. Devido a essa parceria instituída entre a equipe e a gestão queremos demonstrar os resultados alcançados e as melhorias trazidas pela intervenção para a linha de cuidados dos hipertensos e diabéticos e para o ESF Condurú, como um todo.

Quanto à cobertura da atenção, no final da intervenção conseguimos cadastrar 173, do total de 192 hipertensos da área de abrangência, alcançando a cobertura de 90,1%, superando a meta pactuada. Para os diabéticos, alcançamos a cobertura de 100%, cadastrando todos os 36 usuários. Antes da intervenção não tínhamos o conhecimento do número total de hipertensos e diabéticos, entretanto, graças ao trabalho árduo dos ACS conseguimos obter esses dados e programar adequadamente as ações que foram realizadas.

Referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos se realizarem várias ações para alcançar as metas e objetivos. Conseguimos que 96,5% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados tivessem com exame clínico em dia. Quanto à meta de garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não foi atingida nem para os hipertensos nem para os diabéticos, alcançando 93,1% dos hipertensos e 91,7% dos diabéticos. Nesse caso, tivemos a influência da dificuldade de locomoção para alguns usuários e a demora na realização dos exames, ponto que precisamos de maior colaboração da gestão.

Quanto a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, foi uma meta que atingimos em 91,3% para hipertensos e 86,1% diabéticos. As principais causas para o não alcance da meta são a preferência de usuários por outros medicamentos que não sejam da farmácia popular e a instabilidade dos medicamentos na UBS. Quanto a necessidade de atendimento odontológico, 99,4 % usuários com hipertensão foram avaliados e 100% dos diabéticos. Apresentamos algumas dificuldades referentes a consertos da cadeira odontológica, que fez com que a ESB ficasse sem prestar o serviço uma boa parte do tempo do desenvolvimento da intervenção.

Durante os 3 meses da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos receberam a busca ativa pelos ACS, alcançando a meta de 100% que foi pactuada. Quanto a manter atualizada a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi uma meta que atingimos em 100% em todos os usuários da população alvo. A realização da estratificação do risco cardiovascular foi outra meta que atingimos em 98,3% dos hipertensos cadastrados e em 100% dos diabéticos.

Durante os 3 meses da intervenção, todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, malefícios do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. Essas atividades foram realizadas durante as consultas e também em atividades coletivas na sala de espera.

A intervenção permitiu ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade dos atendimentos, atualizar e melhorar a qualificação técnica dos profissionais da equipe referentes a ação programática, melhorar a qualidade dos registros e promover um maior intercâmbio com a gestão e a comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A comunidade do ESF Condurú:

Por um período de três meses a ESF de Condurú, realizou uma intervenção na comunidade com os usuários hipertensos e diabéticos. Muitos de vocês participaram das atividades realizadas ou tiveram conhecimento do desenvolvimento da intervenção e, por esse motivo, queremos levar até vocês os resultados obtidos.

O objetivo da intervenção foi melhorar os atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, conhecendo que ambas doenças tem uma alta frequência na população e apresentam um grande número de complicações no decorrer das mesmas. Assim a equipe se preparou criando as condições necessárias para o desenvolvimento das ações, com o apoio dos gestores, dos profissionais do NASF e também de vocês, membros da comunidade.

Os hipertensos e diabéticos receberam benefícios com este projeto, também seus familiares e outros usuários que participaram das atividades educativas oferecidas. Receberam um exame clínico de qualidade, com ênfase na avaliação nutricional, avaliação do risco para desenvolver doenças cardiovasculares, exame dos pés para os diabéticos, assim como avaliação da necessidade de atendimento odontológico. É válido dizer que a organização de atenção odontológica a este grupo de usuários melhorou com o desenvolvimento da intervenção.

Por meio das ações realizadas, um grande número de hipertensos e diabéticos está com exames em dia, segundo sugerem os protocolos de atendimento, com melhoria na agilidade de realização dos exames preconizados para esta população alvo. Também um número importante de portadores de Hipertensão e/ou Diabetes tem tratamento com medicamentos da farmácia popular, fato que melhorou com os conhecimentos que os usuários receberam neste sentido.

Para muitos usuários foi realizada busca ativa para a realização dos atendimentos e aumentou o número de usuários com hipertensão e/o diabetes que são acompanhados pela ESF. Todos os usuários atendidos receberam orientações referentes a prática regular de atividade física, tabagismo, alimentação saudável e higiene bucal.

Pensamos que os resultados da intervenção foram satisfatórios para todos e agora, com o final da intervenção temos o ganho de as atividades estarem incorporadas a rotina de trabalho da equipe. Assim sendo, a intervenção veio para ficar e continuará a ser realizada por todos os profissionais. Com a experiência adquirida com essa intervenção, estaremos trabalhando em outros programas priorizados da atenção primária em saúde para que toda a população seja igualmente beneficiada.

Queremos agradecer o apoio de todos e contamos com a comunidade para que possamos continuar desempenhando um trabalho de qualidade na saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso de Especialização em Saúde da Família, as expectativas foram muitas, primeiramente porque, para mim, foi uma experiência nova com a modalidade de ensino à distância. Não tinha ideia do alcance que o curso e suas atividades poderiam desenvolver. Com o decorrer dos dias e as orientações que recebemos paulatinamente a cada semana, o curso ficou mais interessante, com a possibilidade de interagir com os orientadores e meus colegas nos espaços dedicados para estas atividades.

As atividades da área clínica, estudos e casos clínicos, permitiram conhecer e estudar as doenças mais frequentes no Brasil, com suas formas de apresentação e com seus protocolos de atendimento, o que refinou nosso modo de enfrentar os casos críticos na atenção primária, pautados pelas normas e protocolos do Ministério da Saúde.

O curso como um todo permitiu uma visão mais ampla do alcance do sistema de saúde do Brasil, aumentando assim a experiência que eu, como profissional, já tinha referente a outros sistemas de saúde. As atividades também permitiram que eu tivesse melhoria quanto a comunicação com a comunidade, pelos ganhos referentes ao idioma que aconteceram com o desenvolvimento das diferentes atividades.

Acho que foi um curso muito bem planejado, amplo e uma experiência positiva para minha vida como profissional. Contribuiu fundamentalmente para o domínio da equipe referente a população alvo, melhorando os atendimentos deste grupo populacional e das atividades desenvolvidas.

Referências

RIBEIRÃO PRETO. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM HIPERTENSÃO E DIABETES. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, nº 15, Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus, nº 16, Brasília, DF, 2006b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Yoslade planilha final [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L78

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	maria de la cruz barbosa	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
2	2	raimunda maria da conceicao veloso	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
3	3	rosa maria alves de sousa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	eleonor evaristo teixeira	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	5	maria dora da conceicao	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
6	6	teresa maria da silva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	7	maria fernandez de andrade	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
8	8	analisa joana da conceicao sa	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
9	9	joao bispo de sousa	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
10	10	alzir pereira da silva ferrer	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	11	vilmar esmeralda de sousa	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
12	12	gilberto lacerda	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
13	13	joao mariano silva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	14	antonio esteves valentin	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	15	maria pereira bezerra	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
16	16	maria preta de sousa	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	17	adeline luna da silva	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
18	18	maria pereira da silva	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

15:44 06/08/2015

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante